

بسم الله الرحمن الرحيم

پرفمان طرح جامع سلامت استان قزوین (ضرورت، چگونگی و دستاوردها)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان قزوین
(گروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری قزوین)

و

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
(ایستگاه تحقیقات سلامت قزوین)

زمستان ۱۳۹۱

عنوان و نام پدیدآور: طرح جامع سلامت استان قزوین (ضرورت، چگونگی و دستاوردها) / مولفان علی اکبر زینالو ... [و دیگران] ؛ [به سفارش] دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دبیرخانه سیاستگذاری سلامت استان قزوین، کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری قزوین و موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران ()
ایستگاه تحقیقات سلامت قزوین.

مشخصات نشر: قزوین: دانشگاه علوم و خدمات بهداشتی درمانی قزوین: انتشارات طب و جامعه، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۵۰ ص: جدول (رنگی)، نمودار (رنگی)

شابک: 978-600-6760-03-2

وضعیت فهرست نویسی: فیا

یادداشت: مولفان علی اکبر زینالو، بهزاد دماری، کامل شادپور، عباس وثوق مقدم، علی اخوان ...

موضوع: سلامت پروری - ایران - قزوین (استان)

شناسه افزوده: زینالو، علی اکبر، ۱۳۳۳ -

شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین. دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان قزوین

شناسه افزوده: استانداری قزوین. کارگروه سلامت و امنیت غذایی

شناسه افزوده: موسسه ملی تحقیقات سلامت. ایستگاه تحقیقات سلامت (مشترک)

رده بندی کنگره: ۱۳۹۱ ط/۸/۴۲۷ RA

رده بندی دیویی: ۶۱۳

شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۸۲۹۰۸

پوسمان طرح جامع سلامت استان قزوین (ضرورت، چگونگی و دستاوردها)

مولفان: دکتر علی اکبر زینالو، دکتر بهزاد دماری، دکتر کامل شادپور، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر علی اخوان

،

دکتر حسین سالاریان زاده، دکتر منوچهر مهران، دکتر سعید اسکویی، مهندس نوروز علی عزیزخانی

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین و نشر طب و جامعه

تیراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول

زمستان ۱۳۹۱

قیمت: ۱۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۷۶۰-۰۳-۲

ISBN: 978-600-6760-03-2

کلیه حقوق متعلق به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و انتشارات طب و جامعه

است و اقتباس از آن فقط با ذکر منبع مجاز است.

انجمن صنایع شوینده، بهداشتی و آرایشی ایران کلیه هزینه‌های چاپ این کتاب را تقبل کرده است.

تقدیم بہ:

ہمہ آہنابی کہ بہ ارتقائی عادلانہ
سلامت مردم استان فکر کردہ و عمل می کنند



معرفی انجمن صنایع شوینده، بهداشتی و آرایشی ایران

انجمن صنایع شوینده، بهداشتی و آرایشی ایران به عنوان ارکان رهبری کننده این صنعت، همکاری نزدیک و گسترده با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان غذا و دارو را از ضروریات کسب توفیق در رسالت خویش می داند. مشارکت در نشر کتاب های مرتبط با سلامت عمومی در این زمره می باشد. بدینوسیله از همکاری صمیمانه این انجمن در ارتقای سطح سواد سلامت جامعه تشکر و قدردانی می گردد.

فهرست عناوین

- سؤال ۱) طرح جامع سلامت استان قزوین به چه دلیلی شروع شد؟ ۱۱
- سؤال ۲) این رویکرد چگونه ممکن است به رفع مشکلات سلامت حال حاضر کمک کند؟ ۱۳
- سؤال ۳) رویکرد «همه با هم برای سلامت همه» چیست؟ ۱۵
- سؤال ۴) دوره زمانی انجام طرح چیست و چگونه استقرار یافته است؟ ۱۶
- سؤال ۵) دستاوردهای طرح تاکنون چه بوده است؟ ۱۹
- سؤال ۶) نفع مردم از اجرای این طرح چیست؟ ۲۳
- سؤال ۷) نحوه همکاری دستگاه‌ها در این طرح چگونه تعریف می‌شود؟ ۲۵
- سؤال ۸) شیوه مشارکت مردم در این طرح چگونه تعریف شده است؟ ۲۷
- سؤال ۹) عملیات این طرح چگونه برنامه‌ریزی و پایش می‌شود؟ ۳۰
- سؤال ۱۰) نحوه حمایت از طرح در سطح استانی، ملی و بین‌المللی چگونه بوده است؟ ۳۱
- سؤال ۱۱) برنامه‌های آینده چیست؟ ۳۲
- سایر سؤالات منتقدان و اصحاب رسانه از طرح جامع سلامت:** ۳۳
- دستاوردهای طرح در مقایسه با منابع مالی صرف شده چگونه ارزیابی می‌شود؟ ۳۴
- اگر مشاورین طرح در دبیرخانه حضور نداشته باشند دستاوردهای طرح چقدر پایدار خواهد بود؟ اصولاً نقش مشاور چیست؟ ۳۶
- مشاورین و به طور کلی طرح جامع سلامت چقدر نقدپذیر است؟ ۳۷

- چرا سه سال پس از شروع طرح هنوز مردم خدمات ملموس دریافت نکرده‌اند؟ ۳۸
- اصولاً تغییر در رفتارهای مردم و شاخص‌های سلامت در سطح بیماری، مرگ و آسیب‌ها چند سال وقت می‌خواهد؟
- آیا مشارکت مردم تشریفاتی است؛ راهکار جدی کردن آن چیست؟ ۴۰
- مشکلات اجرایی و چالش‌های طرح چه بوده است؟ آیا روند طرح جامع به سهولت طی شده است؟ ۴۱
- علت درج کلمه «جامع» در طرح چیست؟ این طرح در ادامه چگونه نام‌گذاری خواهد شد؟ ۴۳
- آیا پروژه محوری درست است و راهکاری برای تداوم سلامت‌نگری دستگاه‌ها است؟ ۴۵
- طرح جامع سلامت چه دستاوردها برای دانشگاهیان داشته و خواهد داشت؟ ۴۶
- اصول بنیادین و ارزش‌های مورد اجماع طرح جامع سلامت چیست؟ ۴۷

زمینه‌های اجرایی ابتکار طرح جامع سلامت استان قزوین به سال ۱۳۸۶ برمی‌گردد، در این سال توافق جمعی مدیران ارشد استان موجب شد تا در یک برنامه عملیاتی مدون دستگاه‌های استان در کنار مردم برنامه‌ریزی برای سلامت خود را تجربه کنند، این اقدام با استقرار برنامه در سال‌های گذشته نماد کار تیمی در سطح استان و کشور محسوب شده و به نوعی توانسته است در طول چهار سال گذشته سرمایه اجتماعی برای اقدامات سلامت محور در سطح استان را افزایش دهد و این حداقل دستاوردی است که می‌توان به آن تکیه کرد، در سال ۱۳۸۸ این اقدام به عنوان یک ابتکار در نظام سلامت ملی به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید و موجبات بازدید کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و کارشناسان دفتر منطقه مدیریتانه شرقی سازمان بهداشت جهانی را در سال ۱۳۸۹ فراهم آورد.

یکی از ارزش‌های کاری متولیان این طرح که در قالب کمیته راهبردی طرح جامع سلامت استان شکل گرفت «مستندسازی و بازخورد به مخاطبان» بود، در همین راستا اصحاب رسانه، منتقدان و حامیان همواره سؤالاتی داشته‌اند که پاسخگویی به آنها ضروری می‌نمود، ضمن آن که این پرسش و پاسخ سندی برای آیندگان فراهم می‌آورد تا همگان از چند و چون طراحی و استقرار طرح جامع سلامت استان قزوین آگاهی یابند.

اکنون که در تابستان ۱۳۹۱ این متن نوشته می‌شود تجربیات این طرح حداقل در چهار جلد کتاب به شرح زیر تدوین و منتشر شده است، توزیع کتاب اول در سال ۱۳۸۸ موجب شد تا در چند استان نیز این اقدام شروع شود:

- روش و نتایج برنامه جامع سلامت استان در سال ۱۳۸۷؛ کتاب سبز
- روش استقرار طرح جامع و تجربیات برآمده از آن در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹؛ کتاب سفید
- روش تداوم استقرار طرح جامع و تجربیات برآمده از آن در سال ۱۳۹۰؛ کتاب قرمز

• راهنمای میانجیان سلامت، ویژه اعضای خانه مشارکت مردم در سلامت استان به منابع فوق باید گزارش‌های پروژه‌های سلامت محور هر دستگاه را نیز اضافه کرد که در حال ویرایش و انتشار است. خوشبختانه حاصل جمع این تجربه توسط گروه مشاورین و با همت مسؤولان استانداری، دستگاه‌ها و حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نظام‌نامه «مدیریت سلامت همه جانبه استان» تبدیل شده است، این نظام‌نامه شامل یک آیین‌نامه و بیش از بیست شیوه‌نامه اجرایی است که مقرر گردیده است پس از نظرخواهی در سطح ملی به تصویب مراجع مرتبط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور برسد و به سایر استان‌ها ابلاغ گردد، همزمان بسته توانمندسازی دانشگاه‌ها و استانداری‌ها با مشارکت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران آماده شده است تا در صورت تصویب و ابلاغ نظام‌نامه مذکور، آموزش دانشگاه‌ها و انتقال تجربیات مجموعه استانی در این زمینه آغاز گردد.

کتابچه حاضر یکی از ابزار پاسخگویی است و امید آن می‌رود که با مطالعه آن سهم مشارکت کلیه ذینفعان در ماه‌ها و سال‌های آتی افزایش یابد و این همکاری جمعی و دستاوردهای آن به فراموشی سپرده نشود.

دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت استان قزوین
(کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری قزوین)

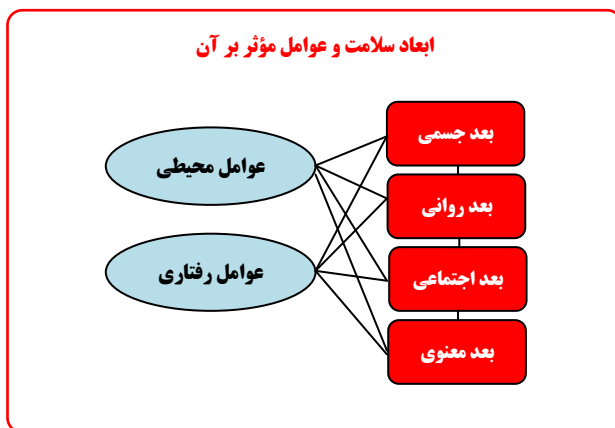
سؤال ۱) طرح جامع سلامت استان قزوین به چه دلیلی شروع شد؟

مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۸) سلامتی حداقل سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی را شامل می‌شود. در سال‌های اخیر بعد معنوی سلامت توسط کشورهای پیشرو نیز مطرح شده و در سطح بین‌المللی تحقیقات بسیار به دنبال داشته است. سطح سلامت هر فرد در این چهار بعد اندازه‌گیری می‌شود. سطح سلامت هر فرد به هر میزان که باشد، در نتیجه تعامل سه دسته عوامل یا علل ریشه‌ای است:

۱. عوامل اجتماعی و محیطی: با سهم حدود ۵۰٪
 ۲. عوامل رفتاری (شیوه زندگی فرد در جامعه): با سهم حدود ۳۰٪
 ۳. عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی: با سهم حدود ۲۰٪
- حال اگر بخواهیم سطح سلامت افراد جامعه را افزایش دهیم باید در سه حیطه مداخله کنیم:

۱. بهبود وضعیت اجتماعی و محیط زندگی افراد جامعه (اقتصاد، اشتغال، مسکن، امنیت غذایی، رفاه و آزادی اجتماعی، تفریحات و امنیت)؛
 ۲. تغییر در شیوه زندگی افراد (آموزش و ترویج رفتارهای سالم جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی)؛
 ۳. تغییرات ژنتیکی و بیولوژیکی (در این حیطه با این که پیشرفت‌های زیادی رخ داده اما هنوز برای مداخله در سطح اجتماعی دانش و تجربه کافی وجود ندارد).
- سؤال این است که با توجه به علل و مداخلات یاد شده، مسؤول سلامت کیست؟ جواب روشن است همه با هم در کاهش یا افزایش سطح سلامت مسؤولیت داریم. همه

نهادهای دولتی، غیردولتی و خصوصی در سلامت مردم نقش دارند و این نقش خود را از طریق خدمات و محصولات (سالم یا ناسالم)، ایجاد محیط کار (سالم یا ناسالم) برای کارکنان خود و اثر (مفید یا مخرب) بر محیط زیست ایفا می‌کنند. البته این مهم در کنار تکالیف و مسئولیت‌های سلامت خود شهروندان دو محور اقدام برای بهبود سلامت مردم محسوب می‌شود که در کتب و گزارش‌های علمی از آن به عنوان دو بازوی فندق‌شکن یاد می‌شود. طرح جامع سلامت استان قزوین به همین دلیل و برای پیاده کردن این رویکرد برای اولین بار در کشور از سال ۱۳۸۶ شروع شد.



سؤال ۲) این رویکرد چگونه به رفع مشکلات سلامت حال حاضر کمک کند؟

در طول سه دهه گذشته، دستاوردهای مهمی در ارتقای سلامت مردم کشورمان داشته‌ایم. ایجاد و توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور (که الگویی مثال زدنی در سطح جهانی است) موجب شد که بخش زیادی از بیماری‌های واگیر دار در کشور کنترل شده و حتی ریشه‌کن شود، امید به زندگی مردم کشور از ۵۵ سال به حدود ۷۲ تا ۷۳ سال برسد، بهداشت مادر و کودک بهبود یابد و در نتیجه مرگ و میر آنان کاهش یابد، زیر ساخت‌های فراوان، نیروی انسانی (پزشک، پرستار، متخصصان و...)، بیمارستان‌ها و دانشکده‌های فراوان برای بهبود دسترسی مردم ایجاد شود.

علی‌رغم تلاش‌های شبانه‌روزی نظام سلامت و شبکه‌های بهداشتی در کلیه سطوح، در حال حاضر شاخص‌های سلامت کشور، در وضع مطلوب قرار ندارند، به ویژه شاخص‌های مربوط به بیماری‌های غیرواگیردار (چاقی، دیابت، بیماری مزمن تنفسی، سکت‌های قلبی و مغزی و...)، برخی بیماری‌های واگیردار (از جمله عفونت HIV و هپاتیت)، انواع آسیب‌ها (از جمله حوادث ترافیکی خودرو و موتوسیکلت)، اختلالات روانی از جمله افسردگی، انواع آسیب‌های اجتماعی (از جمله طلاق، خشونت خانگی، اعتیاد، جرم‌ها و...).

اگر بخواهیم علت مطلوب نبودن این شاخص‌ها را بررسی کنیم به همان سه دسته علت و مداخلات مندرج در سؤال یک می‌رسیم. دیگر رویکرد گذشته نظام سلامت، که در بهترین حالت تنها بر توان بخش سلامت تکیه داشت برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه کافی نیست و باید از همکاری‌های جمعی و روش‌های جامعه محور استفاده

کرد.

طرح جامع سلامت استان قزوین با به کارگیری رویکرد «همه با هم برای سلامت همه» به دنبال دو هدف کلی بوده است:

۱. بهبود شاخص‌های سلامت استان قزوین در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و

معنوی

۲. آرایه الگویی استانی در ارتقای سلامت مردم با کاربرد ملی

الگوی مفهومی طرح جامع سلامت استان قزوین (۱۳۸۷ لغایت ۱۴۰۴)



برسמן طرح جامع سلامت استان قزوین (۱۳۹۴-۱۳۸۸)

(ضرورت، چگونگی و دستاوردها)

سؤال ۳) رویکرد «همه با هم برای سلامت همه» چیست؟

این عبارت فارسی از دو رویکرد مهم ارتقای سلامت تشکیل شده است که در سی سال گذشته مکرر در منشورهای بین المللی سلامت تاکید و یادآوری شده است اما هیچ گاه به اندازه دهه حاضر، کشورها سعی و جدیت در استقرار آن نداشته اند هرچند تلاش های جزیره ای و منطقه ای وجود داشته است. این دو رویکرد عبارت است از:

۱. **همه با هم:** مشارکت کلیه نهادهای دولتی، خصوصی و غیردولتی در ارتقای سلامت مردم

۲. **سلامت همه:** سلامت حقی همگانی است و توجه به سلامت همگان به معنای عدالت در سلامت است زیرا برخورداری از سلامت حق همه گروه های مردمی است و تفاوت های جنسیتی، سنی، جغرافیایی، فرهنگی و قومیتی، اقتصادی، شغلی و... نباید موجب نابرابری در بهره مندی از خدمات سلامت باشد.

سؤال ۴) دوره زمانی انجام طرح چیست و چگونه استقرار یافته است ؟

سالنمای طرح جامع سلامت استان در صفحه بعد آمده است. بعد از سال ۱۳۸۶ که به شکل‌گیری تعهد مدیران ارشد برای انجام این اقدام گذشت، سال ۱۳۸۷ حدود ۳۰۰ نفر از کارشناسان استانی در قالب ۱۸ کارگروه استانی (متشکل از نمایندگان دستگاه‌ها و مردم) برنامه سلامت استان را برای ۵ سال تدوین کردند و با توجه به شاخص‌های فعلی سلامت استان در بعد روانی و جسمی و اجماع کارگروه تخصصی دورنمایی برای ۱۴۰۴ تدوین و تصویب شد، بر اساس این دورنما پیش‌بینی می‌شود که استان قزوین در سه برنامه ۵ ساله متوالی بتواند در هر ۵ سال با بهبود پنج رتبه خود را در دورنمای ۱۴۰۴ جزء ۵ استان برتر در سلامت ساکنین خود قرار دهد.

برنامه تدوین شده چند ویژگی داشت که آن را از روش‌های رایج و برنامه‌های موجود جدا می‌کرد:

۱. مشارکت همه ذینفعان اعم از استانداری به عنوان محور اصلی و نهادهای دولتی و غیردولتی وجود داشت. دانشگاه علوم پزشکی به عنوان متولی اصلی صرفاً به عنوان مشاور و دبیر جلسات در کارگروه‌ها حضور داشته است.

۲. تکالیف و اهداف هر دستگاه و هر حیطه مشخص شد، سلامت در هر چهار بعد آن برنامه‌ریزی شد (از جمله کارگروه سلامت معنوی).

۳. هدف‌گذاری‌ها در سطح شاخص‌های نهایی (و نه ابتدایی یا میانی) انجام شد از جمله کاهش بیماری‌ها، مرگ‌ها و آسیب‌ها، بهبود نشاط و سرمایه اجتماعی

در برنامه مصوب اهداف و پروژه‌های سلامت محور متنوع مشخص شده بود که محل

تأمین مالی آنها برای دستگاه‌های استانی نامعلوم بود. با هدایت و مشاوره مدیریت بودجه استانداری مدلی برای تأمین و تخصیص منابع مالی پروژه‌ها در سال ۱۳۸۸ ایجاد شد که این خود از ابتکارات طرح جامع است.

سالنمای برنامه جامع سلامت استان قزوین

برنامه پنجم توسعه	۱۳۹۴	۱. توسعه خدمات مستقیم سلامت محور: پاپ‌مرسانی، مداخلات سلامت محور و غربالگری
	۱۳۹۳	۲. نهادینه‌سازی تجربیات: پاپ‌گزاران، خانه مشارکت، دیرخانه سیاست‌گذاری
	۱۳۹۲	۳. تداوم ظرفیت‌سازی درونی دانشگاه و دستگاه‌ها تا سطح شهرستان‌ها و بخش‌ها
	۱۳۹۱	۴. تداوم و تقویت همکاری دستگاه‌ها برای سومین سال و وزارتخانه‌های متناظر
	۱۳۹۰	افزایش تحرک، بهبود تغذیه، کاهش چاقی، کاهش سیگار و سوء مصرف مواد، کاهش افسردگی، کاهش حوادث، ارتقای سلامت اجتماعی
برنامه چهارم توسعه	۱۳۸۹	۱. ظرفیت‌سازی درونی دانشگاه
	۱۳۸۸	۲. تداوم همکاری دستگاه‌ها و وزارتخانه‌های متناظر
	۱۳۸۷	۳. جلب همکاری بخش‌های مرتبط وزارت بهداشت
	۱۳۸۶	۴. جلب همکاری لایه دوم سازمان‌ها (سلامت اجتماعی و معنوی)
		۵. محوریت شهرستان‌ها و فرمانداری‌ها در اولویت‌های سلامتی سال
برنامه چهارم توسعه	۱۳۸۹	تعریف ۱۶۰ پروژه مقدماتی در حیطه‌های:
	۱۳۸۸	آیین‌نامه‌ها، منسج و وضعیت پایه، طراحی نظام‌ها و بسته خدمات و مشورهای رفتاری، توانمندسازی پاپ‌گزاران و مجریان (جلب حمایت ملی)
	۱۳۸۷	تدوین برنامه عملیاتی و جلب حمایت برای تأمین منابع، تنظیم تفاهیم‌نامه‌ها و موافقت‌نامه‌های بودجه، تشکیل خانه مشارکت مردم و دیرخانه سیاست‌گذاری استان
	۱۳۸۶	شکل‌گیری همکاری بین‌بخشی، توانمندسازی و برنامه‌ریزی بخش‌ها، تشکیل خانه مشارکت مردم و دیرخانه سیاست‌گذاری استان
	۱۳۸۶	جلب حمایت و شکل‌گیری تعهد مدیران ارشد استان

برسمان طرح جامع سلامت استان قزوین (۱۳۸۸-۱۳۹۴)

(ضرورت، چگونگی و دستاوردها)

ایجاد و استقرار این مدل خود یک سال به طول انجامید (از دیگر اقدامات سال ۱۳۸۸ طراحی و استقرار ساختار معین برای اجرای برنامه بود که در قالب خانه مشارکت مردم، دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت و پیام‌گزاران سلامت انجام شد). بر اساس مدل طراحی شده، حدود ۱۶۰ پروژه در ۲۰ دستگاه استان تأمین منابع شد که با مدل مدیریت پروژه (از مرحله شناسنامه پروژه، قرارداد یا تفاهم با مجری، وجود ناظر و ارایه گزارش‌های مکتوب) به اجرا رسید. پروژه‌ها از نظر میزان کاربردی شدن به سه دسته سبز، زرد و قرمز دسته‌بندی شدند و مراحل کاربست نتایج آنها آغاز شد. نکته مهم این بود که اغلب پروژه‌های سال اول اجرای برنامه از جنس پروژه‌های بسترساز بود چراکه برای هر اقدام وسیع و جامع در جامعه می‌بایست ابتدا زنجیره عملیات و شیوه‌نامه اجرایی آن مشخص شود. به نمونه زیر توجه کنید:

«طبق برنامه باید برای بهبود شافف‌های سلامت در انتهای برنامه ۵ ساله پنجم (۱۳۹۴) غربالگری جمعیتی در سطح استان انجام شود، برای این کار نیازمند آن بودیم که از یک شیوه‌نامه علمی تبعیت کنیم. جستجوی مشاورین این نتیجه را داد که برنامه‌های غربالگری در کشور تاکنون به صورت مقطعی، موردی و فزاینده‌ای صورت می‌گرفته است لذا برای این که به شیوه غربالگری مناسبی برای کلیه عوامل فطر بیماری توصیه شده در متون علمی دست یابیم پروژه‌ای طراحی شد که فود این الگو یکی از ابتکارات طرح جامع بود. پایلوت این مدل پس از بسترسازی لازم در بهمن ۱۳۹۰ در ممدیه آغاز شد. به طور خلاصه در زمان تهیه این مستند پروژه‌هایی که در سال ۱۳۹۰ نتیجه قابل قبولی ارایه کرده بودند، در دبیرخانه سیاست‌گذاری استان با مشارکت فود دستگاه‌ها به مصوبه اجرایی تبدیل شد که در سه جلسه متوالی کارگروه در شش ماه گذشته به طور تدریجی به تصویب می‌رسد.»

سؤال ۵) دستاوردهای طرح تاکنون چه بوده است ؟

به نظر می‌رسد مهمترین دستاوردهای طرح از زبان مشارکت‌کنندگان در مقطع فعلی به شرح زیر بوده است:

۱. ارایه الگویی برای کار جمعی در حوزه سلامت استانی ازجمله شیوه برنامه‌ریزی، روش‌های سازماندهی، رهبری و نظارت استانی از جمله شیوه تشویق و ارزشیابی
۲. افزایش سرمایه اجتماعی در زمینه تحول سلامت استان به دلایل زیر:
 - تمرین کار جمعی در حوزه نهادهای دولتی و افزایش اعتماد برای انجام کارهای مشترک و تیمی بیش از پیش به ویژه با حضور پیام‌گزاران سلامت دستگاه‌های استان
 - شروعی مقدماتی برای افزایش همکاری و اعتماد ما بین مردم و مسئولین در حوزه سلامت به دلیل شکل‌گیری خانه مشارکت مردم استان در سلامت
 - ۳. بهبود روش‌های گفتگوی بخش سلامت با سایر بخش‌های توسعه استان و تغییرات ساختاری و عملکردی در سطح دانشگاه علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشتی :
 - استقرار دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت با ساختار و تشکیلات مصوب
 - تدوین و اجرای نظام نامه برنامه ریزی عملیاتی یکپارچه و ساماندهی اسناد بالادستی در برنامه راهبردی دانشگاه
 - ایجاد شوراهای دیده بانی ، سلامت روان ، پیوست سلامت ، شورای پیام رسان ، اندیشگاه سلامت و ...

■ ایجاد ایستگاه تحقیقات سلامت قزوین (شعبه موسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران) برای افزایش تاثیر گذاری در سطح ملی و جلب حمایت
ها برای استان

■ استقرار مرکز اسناد راهبردی سلامت در دبیرخانه سیاست گذاری سلامت

۴. بهبود دانش و نگرش سلامت محور کار کردن در دستگاهها

۵. ایجاد تسهیلات سلامت محور از قبیل جاده تندرستی، تلفن مشاوره تکامل

کودکی، پاتوق محله، شورای محلات و... که مشروح این محصولات در کتاب
قرمز و سفید از مجموعه گزارشات طرح جامع منتشر شده است.

۶. طراحی و استقرار پایلوت برنامه غربالگری جمعیتی و مراقبت متعاقب در شهر
محمديه

۷. فراهم آوردن بسترهای استقرار برنامه پزشک خانواده و نقشه تحول نظام سلامت
کشور

۸. فراهم آوردن مسیر مستمر پیامرسانی سلامت از طریق مجاری معین از جمله
تابلوهای نصب شده در ۲۵ شهر و ۳۶۰ روستای کشور و توزیع دفترک های
سلامت

۹. گسترش برنامه ریزی و نظارت بر بهبود سلامت در حیطه های جغرافیایی سه گانه
پنج شهرستان، نوزده بخش و پنجاه دهستان از طریق بازنگری و یا ایجاد
آیین نامه های مذکور و تدارک برنامه های توجیهی و آموزشی برای هر یک از آنها

۱۰. مصادیق عملی از توجه بعد سلامت معنوی در نظام سلامت از جمله استقرار خدمات مشاوره معنوی در بیمارستان کوثر و تشکیل شورای سلامت معنوی استان

۱۱. استقرار مدل ارزیابی اثرات سلامتی برنامه ها و سیاست ها (در برنامه پنجم توسعه کشور با عنوان پیوست سلامت نام گذاری شده است) به عنوان اولین استان

۱۲. تشویق و تاثیر بر سایر بخش های استان از قبیل :

- تدوین سند سلامت اجتماعی استان
- تدوین سند پیشگیری از فقر
- ساماندهی اسناد بالادستی سایر دستگاه از قبیل ایجاد نظام رصد پیشرفت اسناد توسعه استان در استانداری

۱۳. دستاوردهای کوتاه مدت در سطح ملی به شرح زیر بوده است :

- استفاده از مدل و تجربیات برنامه ریزی در تدوین پیش نویس های برنامه پنجم توسعه وزارت بهداشت

- اجرا و اتمام طرح ارزیابی عملکرد شوراهای سلامت و امنیت غذایی استان های کشور از بدو راه اندازی این شوراها

- اجرا و اتمام طرح تعیین نقش و سهم وزارت خانه های کشور در سلامت جامعه و تدوین دستورالعمل ارزیابی اثرات سلامتی سیاست ها

- پیشنهاد اجرای طرح «تدوین برنامه همکاری بین بخشی کنترل عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در جمهوری اسلامی ایران»

۱۴. حمایت‌طلبی برای:

- گنجاندن شاخص‌های سلامت در فهرست معیارهای ارزشیابی استandarها
- عضویت رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان در شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان
- عضویت استاندار در هیأت امناء (به انجام رسیده)
- راه‌اندازی دبیرخانه‌های سیاست‌گذاری سلامت استانی به عنوان بازوی فکری و سیاست‌ساز برای کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی هیأت امناء دانشگاه، هیأت رئیسه

۱۵. پیشنهاد اجرا و یا استقرار طرح‌های زیر:

- رتبه‌بندی استان‌ها از نظر شاخص‌های سلامتی در سطح اثر و ایجاد رقابت مثبت بین آن‌ها
- سنجش وضعیت کارکردهای سلامت عمومی استان‌ها و شهرستان‌های کشور
- راه‌اندازی دبیرخانه و شورای مشارکت مردمی در دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت
- استقرار آئین‌نامه ارزیابی اثرات سلامتی سیاست‌ها بر سلامت (پیوست سلامت) در استان‌ها و توانمندسازی دانشگاه‌ها در زمینه روش انجام این پروژه‌ها
- بازنگری در معیارها و روش‌های ارزشیابی و رتبه‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی و انتصاب معاونین بهداشتی
- تعیین سهم ویژه برای تحقیقات سنجش وضعیت و ارزیابی سلامت سطح استانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی

سؤال ۶) نفع مردم از اجرای این طرح چیست؟

جواب این سؤال در یک عبارت روشن است: طرح جامع سلامت استان برای بهبود شرایط زندگی مردم استان است. پیش‌بینی می‌شود که با اجرای این طرح اولین آثار آن به صورت بهبود شاخص‌های رفتاری شهروندان (مثلاً افزایش تحرک بدنی) و ایجاد تسهیلات اجتماعی سلامت محور (مانند احداث جاده تندرستی) در پایان برنامه پنج سال اول (۱۳۹۴) دیده شود. به این منظور مردم سه دسته خدمت کلی را لمس و دریافت می‌کنند:

۱. **پیام‌های سلامتی** مستمر و برنامه‌ریزی شده از راه‌های متنوع (از جمله تابلوی‌های سلامت در شهرها و روستاهای استان): از سال ۱۳۹۰ شروع شده؛
۲. **غربالگری جمعیتی سلامت** برای مطلع کردن شهروندان از عوامل خطر بیماری فردی و شروع مراقبت درمانی از آن (در شهر محمدیه به عنوان پایلوت از ۱۳۹۰ شروع شده و قرار است تا پایان سال ۱۳۹۰ در همه شهرها و روستاهای استان صورت گیرد؛
۳. **مداخلات و تسهیلات سلامت محور:** قوانین و مقررات افزایش دهنده سلامت، ایجاد تسهیلات و محصولات سالم، حفظ محیط زیست، افزایش امکانات تفریحی و نشاط، بهبود اجرای وظایف اصلی دستگاه‌ها و افزایش اقدامات سلامت محور دستگاه‌ها (به دلیل این که اعتقاد بر این است که اگر هر دستگاهی کار خود را خوب انجام دهد سهم خود را در ارتقای سلامت مردم ایفا کرده است؛

به عنوان نمونه:

«اگر سازمان آموزش و پرورش استان خدمات مشاوره افت تحصیلی دانش‌آموزان را در کلیه مناطق استان توسعه کمی و کیفی دهد با تعداد کمتری دانش‌آموز ترک تحصیلی مواجه خواهیم شد و البته می‌دانیم که آموزش و سواد کم با سطح پایین سلامت همراه بوده و این افراد مستعد انواع خطرات سلامت هستند.»

اقدامات اجتماعی ماندگار و مؤثر یک شبه ایجاد نمی‌شود و باید زیرساخت‌های با هم کار کردن فراهم شود به طوری که هم مسئولان و هم مردم تکالیف و مسؤولیت‌های خود را در ارتقای سلامت شهروندان پذیرفته و در عمل به کار بگیرند، البته همواره کلیه طرح‌های جامع و برنامه‌های توسعه‌ای از عوامل بیرونی شامل بحران‌های اقتصاد، اجتماعی، سیاسی، بین‌المللی و زیست محیطی اثر می‌پذیرند و بسته به دوراندیشی خبرگان و مسئولان و گروه‌های مردمی تأثیر این عوامل بر اهداف برنامه‌های می‌تواند محدود یا مخرب باشد. از زمان شروع برنامه در سطح استان نیز اتفاقات اجتماعی، سیاسی، اجتماعی و بین‌المللی مهمی افتاده است که بدون شک در پیشبرد برنامه تأثیر گذاشته است.

سؤال ۷) نحوه همکاری دستگاه‌ها در این طرح چگونه تعریف می‌شود؟

نکته مهم ادبیات همکاری بین‌بخشی است، اساساً در این طرح برای دستگاه‌ها تکلیف تعیین نشده و این خود دستگاه‌ها هستند که با درک مسئولیت و سهم خود در سلامت مردم برنامه‌ریزی و اقدام می‌کنند و در صورت بروز چالش از بخش سلامت کمک می‌گیرند البته ساختارهای عملیاتی هم برای این موضوع وجود دارد:

۱. ایجاد پیام‌گزاران و مشاورین سلامت دستگاه‌ها: متخصصان و کارشناسانی هستند که در حوزه دستگاه خود خبره‌اند اما با رویکردهای سلامت محور نیز آشنا بوده و در طول سال‌های گذشته به طور تئوریک و عملی کسب دانش، نگرش و مهارت در زمینه ارتقای سلامت داشته‌اند؛ برای این گروه نظام ایجاد، توسعه و انگیزش تعریف شده است از جمله دیپلم سلامت (پیام‌گزاران دانشگاهی هم وجود دارند).
۲. جلسات ماهانه پیام‌گزاران سلامت دستگاه برای مرور فرایند اصلی سلامت محوری دستگاه و نظارت بر روند اجرای پروژه‌ها و مصوبات؛ در حقیقت لایه دوم نماد همکاری بین‌بخشی بعد از کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی این گروه هستند.

۳. قبل از شروع هر سال برای تعیین پروژه‌های سلامت محور هر دستگاه دولتی مطالعات و مذاکراتی انجام می‌شود که نمود اولیه آن به صورت تفاهم‌نامه همکاری سه جانبه و یا بیشتر بوده که مفاد آن در تخصیص نامه بودجه دستگاه درج می‌شود.

۴. طراحی و استقرار آیین‌نامه پیوست سلامت: بر مبنای این آیین‌نامه پروژه‌های توسعه‌ای مهم استان ملزم به تدوین پیوست سلامت قبل از اجرای آن هستند.
۵. آیین‌نامه تشویق دستگاه‌های سلامت محور: هر ساله بر اساس ده معیار (مصوب کارگروه ساغ استان) دستگاه‌های دولتی استانی ارزیابی شده و سه دستگاه برای تشویق استاندارد معرفی می‌گردد.
- منشورهای جداگانه‌ای با مشارکت پیام‌گزاران سلامت، برای سلامت محوری دستگاه‌ها در حال تعریف بوده و دیپلم سلامت برای پیام‌گزاران در حال طراحی است.

سؤال ۸) شیوه مشارکت مردم در این طرح چگونه تعریف شده است؟

مطابق تعریف مشارکت مردم در پلکانی شامل سه پلهی «اطلاع رسانی به آنها، مشاوره گرفتن از مردم و شریک کردن در خطرات و منافع» تعریف می شود. این مشارکت نباید فقط به گرفتن اطلاعات آماری از مردم و یا مشارکت مالی محدود شود؛ شکلی از مشارکت های مردمی که بیشتر در کشور ما نمود دارد. مردم باید طوری سازماندهی شوند که در کل فرایند اقدامات توسعه جامعه، مشارکت داده شوند: زمان نیازسنجی و برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی و نهادینه سازی برنامه ها. بهترین حالت سپردن مسئولیت به آنها است که همان مشارکت در پله سوم است. در طرح جامع سلامت استان برای سازماندهی مشارکت مردم از همان سال ۱۳۸۷ در مرحله نیازسنجی سلامت از سه روش استفاده شده است:

۱. جمع آوری نظرات گروه های مردمی در پنج شهرستان استان طی تحقیق کیفی
 ۲. مشارکت سازمان های مردم نهاد منتخب در کارگروه های ۱۸ گانه
 ۳. دریافت نظرات نمایندگان منتخب مردم استان در مجلس شورای اسلامی
 ۴. شکل گیری مشارکت چهار گروه شامل روحانیون، سازمان های مردم نهاد، شوراهای اسلامی شهر و روستا و اصحاب رسانه در قالب میثاق نامه همکاری
- در ادامه این مسیر و برای سازماندهی پایدار مشارکت مردم در سلامت استان بعد از سال ۱۳۸۷، مدلی به نام «خانه مشارکت مردم» طراحی و مصوب کارگروه ساغ استان شد که در آن نمایندگان ۲۱ گروه مردمی (کادر روبرو) در سه سطح مشارکت دارند:

■ سطح اول: نماینده منتخب استانی (در قالب شورای مشارکت مردم)

■ سطح دوم: نماینده منتخب شهرستانی (میانجیان مردمی شهرستان)

■ سطح سوم: گروه‌های مخاطب میانجی

و سه وظیفه انعکاس مطالبات سلامتی به مسئولان، انتقال پیام‌های سلامتی به مخاطبان و مشارکت در پروژه‌های سلامت محور استان را برعهده دارند:

« به عنوان مثال نماینده هیأت‌های مذهبی در سطح استان فردی است که عضو شورای مشارکت مردم است. این نماینده از طریق ۵ نفر نماینده شهرستانی (هر شهرستان یک نماینده) با سایر هیأت‌های مذهبی استان در ارتباط است.»

در اولین سال استقرار خانه مشارکت سازماندهی، انتخاب، آموزش و توانمندسازی اعضای خانه مشارکت صورت پذیرفت .

در سال دوم به همت تک تک اعضای خانه مشارکت همایش‌های میانجیان مشارکت مردم در سطح استان برگزار شد و منجر به تدوین ۱۰ میثاق‌نامه شامل میثاق‌های شهرداران، بخشداران، شورای‌های اسلامی شهرها، هیأت‌های مذهبی، آموزشیاران نهضت سواد آموزی، بخش خصوصی، بیسجیان، رابطان بهداشتی، مربیان بهداشتی و ... شد. این میثاق‌نامه در جلسات متعددی عملیاتی شده و اقدامات هر یک به دستگاه‌ها، گروه میانجیان و دانشگاه تفویض شد.

یکی از مصادیق عینی مشارکت که نتیجه هم داد نصب فیکسچرهای اطلاع‌رسانی سلامت در سطح روستاها (با همت بخشداران استان) و شهرها (به همت شهرداران) بوده است.

مشارکت اعضای خانه مشارکت در کارگروه‌های تخصصی استانداری، آموزش میانجیان شهرستانی و بخش‌ها، تشکیل شوراهای محله و عملیاتی کردن کامل میثاق‌نامه‌ها از برنامه‌های آتی خانه مشارکت مردم است.

رئیس شورای اسلامی شهر و روستای استان، نماینده منتخب سازمان‌های مردم نهاد، نماینده بهورزان، نماینده رابطین بهداشتی، نماینده هیأت‌های مذهبی استان، نماینده ورزشکاران استان، نماینده کارگران استان، نماینده بسیج استان، نماینده خیرین استان، نماینده شهرداران و دهیاران، نماینده ائمه جمعه، روحانیون مستقر و مبلغین دوره‌ای، نماینده هنرمندان استان (نقاشی، هنرهای تجسمی، موسیقی، فیلم و تئاتر)، نماینده انجمن‌های صنفی کارفرمایی، نماینده نهضت سوادآموزی، نماینده کانون معلمان، نماینده انجمن اولیاء و مربیان، نماینده هیأت امنای روستایی، نماینده کمیته امداد، نماینده تسهیل‌گران سازمان‌های مردم نهاد سازمان بهزیستی، نماینده کانون بازنشستگان کشوری و لشکری، نماینده دانشجویان و دانش‌آموزان استان

سؤال ۹) عملیات این طرح چگونه برنامه‌ریزی و پایش می‌شود؟

با توجه به حجم فعالیت‌های این طرح، وسعت ذینفعان و مخاطبان و ضرورت پاسخگویی مستمر دبیرخانه‌ای عملیاتی با کارشناسان آموزش دیده لازم بود، خوشبختانه ضوابط قانونی برای استقرار دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان در دانشگاه فراهم بود و این دبیرخانه در سال ۱۳۸۸ برای استقرار به عنوان اولین دبیرخانه کارگروه استانی در کشور مصوبه دریافت کرد و در سال‌های بعد مراحل تشکیلاتی، تأمین نیروی انسانی و ... طی کرد. اتاق دیده‌بانی و رصد پیشرفت برنامه‌ها و پروژه‌های طرح جامع در این دبیرخانه مستقر است و قرار است با استقرار شیوه‌نامه برنامه‌ریزی عملیاتی سلامت در سطح استان و نرم‌افزار مربوطه عملکرد دبیرخانه تسهیل و تسریع گردد. تاکنون گروه مشاورین از سطح ملی و استانی به دبیرخانه در طراحی و استقرار برنامه کمک و مشورت داده‌اند مهمترین کار مشاوران طراحی آئین نامه ها ، جلب حمایت های ملی و استانی ، طراحی و برگزاری کارگاه های آموزشی ، نظارت بر تدوین و اجرای پروژه ها و کاربرست آنها ، مشاوره برای تدوین برنامه راهبردی و عملیاتی سالانه و رفع مشکلات استقرار بوده است . در سال ۱۳۸۹ با موافقت و تفاهم سه جانبه استانداری، دانشگاه علوم پزشکی قزوین و وزارت بهداشت؛ ایستگاه تحقیقات سلامت استان قزوین (شعبه مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران) شکل گرفت و در سال ۱۳۹۰ رسماً با حضور مسؤولان و نمایندگان مجلس شورای اسلامی افتتاح شد، سازماندهی گروه مشاورین از سال ۱۳۹۰ بر عهده ایستگاه تحقیقات سلامت استان بوده است. برای پایداری و مشارکت هر چه بهتر خبرگان و متخصصان استانی در سال ۱۳۹۱ اتاق فکر سلامت استان در حال شکل گیری است.

سؤال ۱۰) نحوه حمایت از طرح در سطح استانی، ملی و بین‌المللی چگونه بوده است؟

این طرح در زمان شروع با پیشنهاد گروهی از متخصصان پزشکی اجتماعی و حمایت محوری رییس دانشگاه علوم پزشکی، موافقت وزیر بهداشت و استاندار وقت قزوین و حمایت مالی معاونت‌های هماهنگی و توسعه و مدیریت منابع وزارت بهداشت و استانداری قزوین شکل گرفت. در مهرماه ۱۳۸۹ کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، رییس شورای سیاست‌گذاری و شورای معاونان وزارت بهداشت از طرح بازدید داشته‌اند. حمایت وزارت بهداشت مادی و معنوی بوده و به نظر می‌رسد این حمایت نتیجه داده است چراکه با بسته‌بندی تجربیات این ابتکار در قالب الگوی نوین مدیریت سلامت استانی، بستری برای استقرار برنامه مؤثر برنامه پزشک خانواده و سند تحول نظام سلامت در سطح استان فراهم آورده است. کارشناسان دفتر منطقه مدیریت شرقی سازمان جهانی بهداشت در اولین سال اجرا از برنامه بازدید کرده‌اند و ضمن بیان نقاط قوت طرح، پیشنهاداتی برای تداوم آن ارایه کرده‌اند. مقرر شده است این تجربه در دوازدهمین همایش بین‌المللی سلامت در همه سیاست‌ها در کشور فتلاند به صورت شفاهی و کتبی ارایه شود. از همان سال ابتدایی شروع طرح از تجربیات روش‌شناسی طرح جامع و نتایج به دست آمده در تدوین برنامه پنجم توسعه کشور استفاده شد. حمایت از طرح در سطح استان در سطح خوب تا عالی ارزیابی می‌شود چراکه استان خود متولی و مبدع این همکاری است.

سؤال ۱۱) برنامه‌های آینده چیست؟

پیش‌بینی می‌شود گسترش برنامه غربالگری جمعیتی سلامت در کنار برنامه پزشک خانواده و استمرار همکاری بین‌بخشی دستگاه‌ها در قالب اقدامات سلامت محور مقدمات تغییر در شاخص‌های سطح پیامد (شاخص‌های رفتاری و تسهیلات محیطی سلامت محور) را فراهم آورد. مهمترین عامل در دستیابی به هدف فوق «تداوم حمایت‌طلبی، تغییرات عملکردی و هماهنگی درون‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی» است. به منظور نهادینه‌سازی بیش از پیش دستاوردهای طرح و کاربرست نتایج و تجربیات در سطح ملی «الگوی نوین مدیریت استانی سلامت» تدوین و پس از تصویب مشترک وزارت بهداشت و وزارت کشور و امضای تفاهم نامه مشترک همکاری بین این دو وزارت‌خانه و تأیید نهایی آن در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، از طریق استانداران عملیاتی خواهد شد. به همین منظور تجربیات این طرح در قالب دوره آموزشی به کلیه ذینفعان از طریق مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران ارائه خواهد شد.

سایر سؤالات منتقدان و اصحاب رسانه
از طرح جامع سلامت استان قزوین

۶۰ دستاوردهای طرح در مقایسه با منابع مالی صرف شده چگونه ارزیابی

می‌شود؟

منابع مالی صرف شده در طرح جامع در سه حوزه تعریف پروژه‌های تحقیقاتی، خدمات مشاوره و اقدامات جاری هزینه شده است. هزینه مشاوره‌ها به طور معمول از محل استانداری، وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی تأمین شده است و برای کلیه هزینه‌های مربوطه خدمات مستندی دریافت شده است و نتایج به صورت کتاب، مقاله و گزارش منتشر شده است. پروژه‌های دستگاه‌ها از بودجه‌های خود دستگاه با رضایت مسئول دستگاه و دفتر مدیریت بودجه استانداری تأمین شده است که این خود ابتکاری در طرح جامع بوده و همان مدلی است که در سال ۱۳۸۸ برای تأمین منابع مالی طراحی شد. کلیه هزینه‌های دانشگاه در قالب پروژه‌های تحقیقاتی بوده که با وجود شورای تحقیقات نظام سلامت دانشگاه و نظارت‌های مستمر و داوری طرح‌ها، هزینه‌های انجام شده برای طرح‌ها اثربخش است، به ویژه که حدود ۷۰٪ پروژه‌ها از جنس سبز بوده و نتایج آنها کاملاً در سیستم کاربردی شده و می‌شود. همه پروژه‌ها گزارش مکتوبی دارد که قابل استفاده برای مخاطبان است. یکی از دستاوردهای طرح جامع که به همت معاونت پژوهشی صورت گرفت اتصال نیازهای سیاست‌گذار به پژوهش‌های دانشگاه بود به طوری که هم اکنون مسیر مذکور استقرار یافته و دبیرخانه سیاست‌گذاری کلیه نیازهای خود را در دو دسته پروژه HSR و غیر HSR به معاونت پژوهشی و معاونت توسعه مدیریت و منابع درون سپاری می‌کند که خود نماد هماهنگی درون‌بخشی است. سؤال دیگر این است که این طرح در آینده چقدر منابع لازم دارد: جواب این سؤال

روشن است؛ اگر تفکر سلامت محوری و سلامت محور کار کردن در همه دستگاه‌ها نهادینه شود علی‌القاعده باید همان بودجه سالانه دستگاه، سلامت محور هزینه شود که سلامت مردم در سه حالت زیر تأمین شود:

۱. رسیدگی به سلامت کارکنان و فراهم آوردن محیط کار سالم با کمترین عوامل خطر؛

۲. محصولات و خدمات دستگاه خود سلامت محور باشد و حداقل عامل خطری برای بیماری نباشد؛

۳. دستگاه‌ها به فکر سالم کردن محیط زیست مرتبط به خود باشند.

در چنین حالتی نیازمند بودجه اضافی نخواهیم بود. در طول سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ سعی شد تا از طریق حمایت‌های کمیسیون بهداشت و درمان مجلس برای طرح جامع بودجه جذب شود اما این اتفاق نیافتاد که خود زمینه ساز تدوین و استقرار سیاست‌های مصرف بهینه منابع دانشگاه‌ها و دستگاه‌ها برای سلامت محوری بود. در مجموع به نظر می‌رسد کل منابع صرف شده توسط دانشگاه برای طرح جامع و پروژه‌های آن (حدود ۸۰ پروژه) معادل قیمت یک آپارتمان سه خوابه در شهرهای بزرگ کشور نباشد!

۸۵ اگر مشاورین طرح در دبیرخانه حضور نداشته باشند دستاوردهای طرح

چقدر پایدار خواهد بود؟ اصولاً نقش مشاور چیست؟

اصولاً در هر تغییر مبتنی بر جامعه و موفق سه گروه از افراد نقش مهمی ایفا می کنند که در سه رأس مثلث جای دارند: مدیران و سیاست گذاران، کارشناسان خبره و مردم. مشاورین به عنوان کارشناسان خبره یکی از اجزای لازم در تغییرات اجتماعی هستند و هیچ موقعی نباید نقش آنها را تمام شده دانست اما شکل مشاوره از زمانی به زمان دیگر فرق می کند. در طرح جامع گروه مشاورین ترکیبی ملی و استانی داشته اند که تدریجاً این گروه جای خود را به مشاورین توانمند شده استانی می دهند که همین نقش را برای شهرستان ها ایفا می کنند. وجود مراکز تحقیقاتی متعدد در سطح استان، اعضای هیأت علمی و محققان و کارشناسان خبره در دستگاه همگی ظرفیت های بالقوه و بالفعل مشاوره هستند که باید سازماندهی شوند مقدمات این اقدام از سال ۱۳۹۰ با فراخوان عمومی از دانشگاه های استان شروع شد و سپس ماتریس مشارکت اعضای هیأت علمی در امور مشاوره علمی طرح جامع درخواست شد و در سال ۱۳۹۱ با تشکیل اتاق فکر سلامت این سازماندهی تکمیل تر خواهد شد. نکته مهم منتقدان که به حق درست است نهادهای سازشی ابتکارات طرح جامع است تا موج تغییرات دوره ای مدیران ارشد موجب کنار گذاشته شدن طرح نشود؛ در این مورد باید اذعان داشت که علم نهادهای سازشی برنامه ها در کشور ما کافی نبوده و باید در این زمینه بیش از پیش کار شود به همین دلیل از اواسط ۱۳۸۹ گروه مشاورین چهل مداخله برای پایداری و نهادهای سازشی طرح جامع طراحی کرده اند که در سال های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ این مداخلات به تدریج پیاده خواهد

شد. فراموش نکنیم که در استان قزوین سه استاندار تغییر یافته‌اند اما حمایت و اعتقاد به چنین کاری بیش از قبل تداوم دارد و این نشان‌دهنده ضرورت و نیاز به چنین رویکردی است.

مشاورین و به طور کلی طرح جامع سلامت چقدر نقدپذیر است؟

با این که در ابتدای طرح برخی از تجربیات مشابه در کشورهای اسکاندیناوی، انگلیس، کانادا، استرالیا و آمریکا مرور شده است اما این تجربه در نوع خود برای کشورمان ابتکاری و جدید بوده است. هیچ طرحی بدون ایراد نیست و طرح‌ها با تجربیات گذشته مقایسه و با نتایج به دست آمده ارزشیابی می‌شود از جمله رضایت ذینفعان از تداوم طرح. این طرح آزمایشی نبوده چرا که آزمایش برنامه‌ها تعریف خود را دارد و این کار خودجوش و خلاق بوده است. انتقادپذیری محور اصلی طراحان و مشاوران بوده است، اصولاً در هر کار نوآورانه و جدیدی گوش و چشم طراحان باید به نقدهای جاری حساس باشد، یکی از ابزارهای تیم مشاورین ثبت و مستندسازی کلیه جلسات و مذاکرات است که در جلسات هفتگی پیشنهادات و نقدهای مطرح شده مورد بررسی قرار می‌گیرد. البته طبق تعریف نقد عبارت است از بیان نقاط قوت و فرصت‌های بهبود آن هم با زبانی مثبت. بالاخره نقدی که به طور خالص منفی‌نگری باشد چنگی به دل نمی‌زند به طوری که نقد شونده این گونه می‌پندارند که نقاد از جزئیات برنامه آگاهی ندارد و صرفاً تصویر بیرونی و شنیده‌ها را بازگو می‌کند، البته همین تصویر بیرونی خود یک نقد است و باید به آن بها داد ولی طبق آموزه‌های معنوی و فرهنگی ما همه واقعیت

تصویر بیرونی نیست. با این وجود به نظر می‌رسد که در هر تغییری باید مدام افکار عمومی دینفعان رصد شود و پاسخ در خور تهیه شود. به همین دلیل پوستری طراحی شده که وسیله ارتباطی دینفعان با دبیرخانه را شفاف می‌کند و کلیه دینفعان می‌توانند پیام‌های خود را از طریق پست الکترونیک یا پیامک به طور مستقیم به دست اعضای دبیرخانه و تیم مشاورین برسانند. البته به هر میزان که مشارکت زیاد باشد به خودی خود نقدهای وارده آگاهانه‌تر و به واقعیت نزدیک خواهد بود، البته مشارکت زیاد نیازمند وقت و انرژی است و صبر و حوصله همگان را می‌طلبد.

چرا سه سال پس از شروع طرح هنوز مردم خدمات ملموس دریافت نکرده‌اند؟ اصولاً تغییر در رفتارهای مردم و شاخص‌های سلامت در سطح بیماری، مرگ و آسیب‌ها چند سال وقت می‌خواهد؟

اگر از نظر فنی بخواهیم به این سؤال جواب دهیم دو مفهوم را باید مرور کنیم:

زنجیره نتایج در یک تغییر: این زنجیره شامل پنج جزء متوالی است که به دنبال هم به دست می‌آید، به عبارت دیگر برای انجام یک تغییر عمیق ابتدا باید درون‌دادها شامل نیروی انسانی، تجهیزات، پول، اطلاعات، مقررات و اختیارات فراهم شود این پیش‌نیازها زمان لازم دارد و گاهی با شرایط و مقررات موجود تلاقی و مغایرت اساسی دارد؛ در مرحله بعد این پیش‌نیازها باید کنش واکنش‌های منطقی و برنامه‌ریزی شده‌ای داشته باشند که منجر به برون‌دادهای مشخصی شوند، به عبارت دیگر برون‌داد محصول بلافصل درون‌داد و کنش واکنش‌های متعاقب آن است، برون‌دادهای متعدد در طول زمان و به طور هماهنگ باید به کار گرفته شوند تا پیامدهای رفتاری و تسهیلات محیطی در جامعه

مورد هدف ایجاد شود زمانی که تسهیلات و تغییرات محیطی در کنار تغییر رفتار قرار می‌گیرد با گذشت زمان **اثرات نهایی** خود را به صورت شاخص‌های بهبود یافته مانند ارتقای سرمایه اجتماعی، کاهش بیماری و مرگ، افزایش نشاط و... نشان می‌دهد.

مدل سیندمیک (هم‌افزایی): در مدل هم‌افزایی اعتقاد بر این است که تغییرات پایدار در جامعه نیازمند همکاری نهادهای مسئول است و هر کدام نسبت به شاخص‌های **اثر نهایی** تکالیف و مسؤولیت‌هایی دارند به طوری که برای تغییر یک شاخص در این سطح مانند اعتیاد، افسردگی یا چاقی و... هر دستگاه باید پروژه‌ها و اقدامات مشخصی را انجام دهند و برون‌دادهای آنها به طور هماهنگ با یکدیگر عمل کرده و تغییرات در سطح پیامد را موجب شوند و با گذشت زمان موجب تغییر در شاخص مورد نظر شود.

حال جواب سؤال فوق تقریباً شفاف شد؛ اگر بخواهیم تغییر رفتاری پایدار در یک گروه ایجاد کنیم پیش‌نیازهای درون‌داد، کنش و اکشن‌های بعدی و برون‌دادها باید طی شود و سپس برون‌دادها مختلف دستگاه‌ها به طور هماهنگ با هم ترکیب شوند تا بعد از یک دوره زمانی تغییر رفتاری و یا تسهیلات محیطی ایجاد شود، این تغییر به شرط فراهم بودن کلیه پیش‌نیازهای زمانی **حدود دو تا سه سال** وقت می‌برد (حالا فکر کنید که شما در همان قدم اول مشکل منابع مالی، یا کمبود منابع انسانی و... داشته باشید زمانی لازم است که این پیش‌نیازهای تکمیل شود و یا چاره‌ای ندارید که با منابع موجود و با کیفیت و سرعت کم کار را ادامه دهید)، تغییرات در سطح شاخص‌های اثر نهایی حداقل پنج تا شش سال بعد از تأمین درون‌دادها اتفاق می‌افتد آن هم به شرط فراهم بودن نسبی پیش‌نیازها، کار بین‌بخشی هماهنگ، همدلی مدیران یک دوره با دوره قبل یا بعد و

همچنین محدود بودن تغییرات در محیط بیرونی جامعه مورد هدف (از جمله عوامل کلان اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، بین‌المللی و محیط زیستی) ممکن خواهد بود. این استدلال پاسخی برای شروع دیر هنگام خدمات مردمی هم هست؛ هر چند که از نظر مشاورین این خدمات دیر هنگام نبوده و در زمان پیش‌بینی شده انجام شده است، چراکه کارهای همراه با نمایش صرف، فوری، دستوری و یک شبه از عمق و پایداری کافی برخوردار نخواهند بود.

۶۶ آیا مشارکت مردم تشریفاتی است؛ راهکار جدی کردن آن چیست؟

شاید بهتر باشد سؤال را به این صورت بازنویسی کرد: بلوغ مشارکت عینی و مؤثر مردم چند سال طول می‌کشد؟ در مورد مشارکت مردم کار کاملاً جدی است و هیچ تشریفات و تبلیغاتی وجود ندارد هر چند که ترویج و تبلیغ نیز علمی است که خیلی اوقات به آن بی‌مهری می‌شود، اما واقعیت آن است که در کشورمان به اندازه کافی تمرین مشارکت مردم نداشته‌ایم و اساساً فرهنگ کار داوطلبانه و خیرخواهانه صرفاً به کمک مالی و یا صدقه ختم می‌شود، در صورتی که اختصاص زمان مناسب برای کار داوطلبانه به عنوان «یک رفتار اجتماعی سالم» رضایت‌خاطری برای افراد ایجاد می‌کند که به ارتقای سطح سلامت فرد کمک می‌کند. مشارکت مردم در خانه مشارکت مردم مراحل بلوغ خود را طی می‌کند و نیازمند بهبود هر سه عامل زیر است:

۱. باور عملی و اعتماد مسئولان و مدیران به نقش مردم و برون‌سپاری تدریجی و بی‌قید و شرط امورات و تصمیم‌گیری‌های جامعه؛

۲. اعتماد به نفس و توانایی گروه‌های مردمی در کار جمعی؛

۳. نحوه تسهیل‌گری و حمایت بخش سلامت و سایر دستگاه‌ها متولی.

به اسم مشارکت مردم کارهای زیادی انجام شده است و باید مراقب بود که خانه مشارکت دوره بلوغ خود را عالمانه و با تدبیر طی کند تا تجربه موفق در ذهن مردم و مسؤولان ایجاد شود. در مقطع فعلی و فرهنگ جاری به نظر می‌رسد تمرین مشارکت مردم سخت‌تر از تمرین همکاری بین‌بخشی دستگاه‌های دولتی است.

❧ مشکلات اجرایی و چالش‌های طرح چه بوده است؟ آیا روند طرح جامع به سهولت طی شده است؟

تنها سؤالی که دبیرخانه و مشاورین مجال درد دل با خوانندگان این مستند را پیدا می‌کنند این مورد است، واقعیت آن است که هر کاری که نیت خیری را هدف قرار دهد بدون دشواری و چالش نخواهد بود. شروع و ادامه این طرح چالش‌های اساسی داشته است که با خرد جمعی، صبر، مشورت و جلب حمایت رفع شده است. چالش‌های این طرح در سال‌های گذشته در سه حیطه قابل دسته‌بندی است:

(۱) نگاه‌های متفاوت و باورهای نادرست شرکا نسبت به طرح و اقدامات آن: این

نگاه‌ها متنوع، متفاوت و گاهاً سلیقه‌ای بوده است؛ در این مورد به اندازه یک کتاب گفته‌ها و شنیده‌هایی مستند شده است که به تدریج چاپ و منتشر خواهد شد.

(۲) تأثیر تغییرات سریع اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و بین‌المللی: تخصیص دیر هنگام

بودجه استان‌ها در دو سال متوالی موجب شد که پروژه‌های یک سال در طی دو

سال انجام شود، اثرات سیاست هدفمند کردن پارانه‌ها، سایر بحران‌های سیاسی و بین‌المللی و ...، جابجایی سریع مدیران به ویژه استانداران استان قزوین.

۳) تفاوت روش‌های پیشنهادی در طرح جامع و مغایرت آن با روش‌ها و رویکردهای جاری؛ به طوری که تلفیق رویکردهای نوین را دچار مشکل و مقاومت می‌کرد.

به عنوان نمونه:

« طرح جامع سلامت استان سندی برای دانشگاه علوم پزشکی و دستگاه‌ها ایفا کرد که مداخل برای دو سال با برنامه راهبردی دانشگاه در نقاط زیادی تلاقی داشت و شفاف نبود که کدام برنامه را باید جلو برد، پس از مذاکرات و مشورت‌های گوناگون هیأت ریسه دانشگاه تصمیم گرفت سطح‌بندی و محدوده نفوذ برنامه‌ها را مشخص شود؛ به طوری که طرح جامع به عنوان یک سند بالادستی مصوب کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی قرار گرفت تا همچون سایر اسناد بالادستی بخش سلامت (از قبیل برنامه پنجم توسعه، نقشه جامع علمی کشور، نقشه تحول نظام سلامت و ...) در برنامه راهبردی دانشگاه به کار گرفته شود.

سایر مصاریق در این دسته عبارت است از: نحوه تأمین مالی پروژه‌های سلامت محور دستگاه‌ها، مرکزی و ملی بودن بودجه برخی دستگاه‌ها مانند کمیته امداد، آموزش و پرورش، دارکستری و ... که برنامه‌ریزی از سطح استانداری را مشکل می‌ساخت، توانایی کارشناسان، آماده نبودن سطوح متنوع دانشگاه علوم پزشکی برای رویکرد چریب حتی گاهی مقاومت برای تغییر، مشکل بودن استقرار نظام مدیریت پروژه به عبارت دیگر نبود فرهنگ سازمانی برای پروژه‌ای کار کردن و گفت‌وگو محور در تفصیص و هزینه‌کرد منابع مالی (برای مبری، ناظر، داور و مشاور) از دیگر چالش‌های برنامه بوده است.

مشخص نشدن تکالیف سلامت محور دسته دوم از سازمان‌های استان که بیشتر به مسائل اجتماعی فرهنگی می‌پردازند، یکی از علل این چالش شفاف نبودن تعریف و مفهوم سلامت اجتماعی و معنوی در سطح ملی بود، فوشبختانه به استناد تعاریف اجماع شده در سطح ملی در زمینه سلامت

اجتماعی و سلامت معنوی این موضوع در سال ۱۳۹۰ به شکل برنامه در آمل و سندر سلامت اجتماعی استان با رویکرد همکاری‌های بین‌بخشی تدوین و به تصویب کارگروه تخصصی اجتماعی فرهنگی و خانواده رسید.

۶۵ علت درج کلمه «جامع» در طرح چیست؟ این طرح در ادامه چگونه نام‌گذاری خواهد شد؟

جامع بودن طرح از سه جنبه تعریف شده است:

۱. سنجش وضعیت و هدف‌گذاری در هر چهار بعد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی)
 ۲. مشارکت کلیه سازمان‌های دولتی و غیردولتی در کنار مشارکت مردم
 ۳. کلیه گروه‌های سنی، مناطق حاشیه‌ای، روستاها و شهرها
- از نظر سطح‌بندی نقش‌ها، طرح جامع سلامت استان قزوین به عنوان یک سند سیاست در سطح استانی محسوب می‌شود که تکالیف همه بخش‌ها را در زمینه سلامت مشخص کرده و لازم است هر پنج سال یکبار هم زمان با تدوین و استقرار برنامه‌های پنج ساله توسعه کشور و استان‌ها بازنویسی شود، به عبارت دیگر اگر بخواهیم از تعدد اسناد و برنامه‌های در سطح استان بکاهیم، می‌توان این گونه تقسیم‌بندی کرد:
- ۱) استان در چارچوب قانون اساسی، چشم‌انداز ۱۴۰۴ و آمایش سرزمین یک سند توسعه استانی درازمدت تدوین می‌کند.
 - ۲) هر پنج سال یکبار برنامه پنج ساله توسعه کشور بر حسب مقصیبات سیاسی، وعده‌های انتخاباتی مجریان و هم راستا با چشم‌انداز ۱۴۰۴ و سایر اسناد

بالادستی تدوین می‌شود، سپس برنامه توسعه پنج ساله استان با توجه به دو مورد بالا تهیه شده و دارای اجزایی خواهد بود که یکی از آنها «اهداف و تکالیف سلامتی کلیه بخش‌ها است» که معادل طرح جامع سلامت استان است سایر اجزا از قبیل اهداف و تکالیف فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و امنیتی و غیره می‌تواند باشد.

به نظر می‌رسد بهترین و عمومی‌ترین نام‌گذاری «برنامه پنج ساله ارتقای سلامت استان» است که با همکاری همه بخش‌ها در دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت استان تدوین و به تصویب کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانداری می‌رسد. تجربه طرح جامع سلامت استان در روش برنامه‌ریزی، ساماندهی، رهبری و نظارت قابل بسته‌بندی و استفاده در تدوین برش‌های استانی از برنامه‌های پنج ساله کشور است. نکته مهم آن است که «طرح جامع» دیگر یک طرح یا پروژه مقطعی نیست بلکه با همان نام‌گذاری پیشنهادی در سطر بالا یک کار جاری، مستمر و دوره‌ای برای کارگروه سلامت و امنیت غذایی استانداری محسوب می‌شود.

آیا پروژه محوری درست است و راهکاری برای تداوم سلامت‌نگری دستگاه‌ها است؟

سؤال درستی است، اساساً استقرار تفکر پروژ‌های یکی از ابتکارات طرح جامع است که حداقل در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استانداری و ارزشیابی سلامت محور بودن دستگاه‌ها جا افتاده است. به دلایل فنی پروژه محوری یکی از رموز و عوامل موفقیت سازمان‌ها محسوب می‌شود. سطح‌بندی اقدامات و برنامه‌ها به شرح زیر است:

سطح اول) سند سیاست (Policy): شامل ضرورت، دورنمای کلان، اهداف راهبردی قابل سنجش و راهبردها (که در قالب برنامه‌ها بسته‌بندی می‌شود) و اجماع ذینفعان بخش‌های مختلف؛

سطح دوم) برنامه‌ها (Programs): یک برنامه شامل جدول زمان‌بندی تعدادی پروژه است که در بازه زمانی سه تا پنج سال انجام می‌شود و درصدد برآورد کردن یک یا چند هدف راهبردی از سند سیاست است، استمرار هر برنامه‌ای بستگی به نتیجه ارزشیابی آن دارد؛

سطح سوم) پروژه‌ها (Projects): هر پروژه مجموعه‌ای از برآمدهای کوچک را شامل می‌شود که معمولاً در یک بازه زمانی یک ساله انجام شده و محصول مشخصی را به دست می‌دهد.

محقق شدن اهداف یک سند سیاست وقتی تضمین می‌شود که به برنامه‌ها و سپس پروژه‌های معین، قابل تفویض و کنترل شکسته شود. در چنین شرایطی مدیریت پروژه به کمک مجریان و مدیران ارشد می‌آید. بنابراین پروژه محوری یک ابزار برای تداوم

سلامت‌نگری است اما کافی نیست؛ تدوین پیوست‌های سلامت، حضور پیام‌گزاران و مشاوره گرفتن سازمان‌ها از این افراد، صرف هزینه برای ارزشیابی برنامه‌ها جهت آگاهی از اثرات مثبت آن بر سلامت و به طور کلی درج مسئولیت و سهم سلامت سازمان در بیانیه رسالت آن این اقدام را نهادینه می‌کند. نباید فراموش کرد که سلامت محوری دستگاه به میزان نظارت مردم و دقت رسانه‌ها هم بستگی دارد.

🔗 طرح جامع سلامت چه دستاوردها برای دانشگاهیان داشته و خواهد داشت؟

در اصل طرح جامع به همت و کمک دانشگاهیان به عنوان مشاورین شروع و تداوم یافته و حضور آنها برای تکمیل و نهادینه‌سازی آن ضروری است اما به طور خلاصه ظرفیت‌هایی که طرح جامع برای اعضای هیأت علمی کلیه دانشگاه‌های استان و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی فراهم آورده است به شرح زیر می‌توان ذکر کرد:

■ فراهم آوردن محیط آموزش و پژوهش سلامت محور در سایر دستگاه‌ها و بین اقشار مختلف مردم؛

■ تسهیل و تسریع تغییر رفتارهای توصیه شده دانشگاهیان و کارشناسان در بخش سلامت؛

■ یافتن شرکای واقعی و متعهد برای ارایه خدمات علمی و فنی؛

■ حضور تسهیل شده در بین مردم در قالب خانه مشارکت مردم؛

■ مقدمات مشارکت بیش از پیش اعضای هیأت علمی در سلامت استان (اتاق فکر استان)؛

- ایجاد مسیر کاربرست نتایج تحقیقات دانشگاهیان و یا اعلام نیازهای تحقیقاتی از طریق دبیرخانه سیاست گذاری سلامت استان؛
 - ایجاد بستری برای تحقیقات و آموزش های بین بخشی در زمینه سلامت با دانشجویان و دانشگاهیان استان.
- لازم به ذکر است که برخی از ظرفیت های ذکر شده بالقوه بوده و پس از اطلاع رسانی از طرف دبیرخانه با تلاش خود دانشگاهیان و دانشجویان عینیت پیدا می کند.

۸۰ اصول بنیادین و ارزش های مورد اجماع طرح جامع سلامت چیست ؟

- (۱) انسان سالم محور توسعه پایدار است.
- (۲) سلامتی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را شامل می شود که اثرات متقابل بر یکدیگر دارند.
- (۳) بخشی از مشکلات سلامت مردم علل اجتماعی دارد و مشارکت همگان را برای ارتقای آن نیاز دارد.
- (۴) موفقیت در ارتقای سلامت جامعه مان در گرو همکاری و اشتراک مساعی بخش های دولتی، خصوصی و غیردولتی است.
- (۵) سیاست های عمومی استان باید در راستای حفظ و ارتقای عادلانه سلامت مردم باشد.
- (۶) برنامه ریزی، ظرفیت سازی و نقد مؤثر نیروی محرکه دستیابی به اهداف سلامت استان است.

- (۷) مشارکت مردم پایه ارتقای سلامت جامعه است.
- (۸) محور مداخلات ارتقاءدهنده سلامت توسط سازمان‌ها بر شواهد علمی، آموزه‌های دینی و نوآوری‌ها استوار خواهد بود.
- (۹) مداخلات سلامتی دستگاه‌ها باید گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه را پوشش دهد.
- (۱۰) حمایت عملی سازمان‌ها از حفظ و ارتقای عادلانه سلامت مردم» معیار مهمی در تخصیص منابع به سازمان‌ها است.

برای دریافت پاسخ سوالات دیگر به آدرس‌های زیر رجوع کنید:

■ آدرس دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت: قزوین، فیابان نواب، مجتمع ادارات نواب، ساقتان شماره یک ستاد دانشگاه علوم پزشکی قزوین

■ تلفن دبیرخانه: ۰۲۸۱-۳۳۶۳۸۷۲

■ آدرس پست الکترونیک دبیرخانه: dabirkhane.salamat@yahoo.com

■ سایت اطلاع‌رسانی: [Http://HPU.qums.ac.ir](http://HPU.qums.ac.ir)